

1283

1907

João Teixeira da Motta e Costa

---

N.º 3.

BREVE ESZUDO

SOBRE A

# Úlcera varicosa

## dos membros inferiores

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

*Typographia a vapor da Empreza Guedes*

244, Rua Formosa, 248

1906

131/3 EHC

# Escola Medico-Cirurgica do Porto

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO INTERINO

CARLOS ALBERTO DE LIMA

## *Lentes Cathedra-ticos*

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva geral . . . . .                                    | Luiz de Freitas Viegas              |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . .   | Antonio Placido da Costa            |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medica-<br>mentos e materia medica . . . . .       | Illidio Ayres Pereira do Valle      |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e thera-<br>peutica externa . . . . .                | Vaga                                |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria . . . . .   | Clemente Joaquim dos Santos Pinto   |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres<br>de parto e dos recém-nascidos . . . . . | Candido Augusto Corrêa de Pinho     |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e thera-<br>peutica interna . . . . .                | José Dias d'Almeida Junior          |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica . . . . .  | Antonio d'Azevedo Maia              |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica . . . . .   | Roberto Bellarmino do Rosario Frias |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .   | Augusto Henrique d'Almeida Brandão  |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal . . . . .   | Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos  |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semeiologia<br>e historia medica . . . . .           | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar      |
| 13. <sup>a</sup> Cadeira—Hygiene . . . . .  | João Lopes da Silva Martins Junior  |
| 14. <sup>a</sup> Cadeira—Histologia e physiologia geral   | José Alfredo Mendes de Magalhães    |
| 15. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia topographica . . . . .  | Carlos Alberto de Lima.             |

## *Lentes jubilados*

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | José d'Andrade Gramaxo            |
| Secção cirurgica . . . . . | Pedro Augusto Dias                |
|                            | Dr. Agostinho Antonio do Souto    |
|                            | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

## *Lentes substitutos*

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | Thiago Augusto d'Almeida        |
|                            | Joaquim Alberto Pires de Lima   |
| Secção cirurgica . . . . . | Antonio Joaquim de Souza Junior |
|                            | Vaga.                           |

## *Lente demonstrador*

- |                            |       |
|----------------------------|-------|
| Secção cirurgica . . . . . | Vaga. |
|----------------------------|-------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

*(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)*

Ao meu presidente de these

O ILLUSTRE PROFESSOR

*Antonio d'Azevedo Maia*

Habitado a vêr a extrema frequencia das recidivas das úlceras varicosas, ás quaes os tratamentos geralmente seguidos apenas trazem uma cura apparente e de curta duração, foi com enthusiasmo que ouvi ao Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Roberto Frias propôr um tratamento cirurgico n'um caso d'esta natureza, resolvendo desde logo aproveitá-lo para thema da minha dissertação.

E' um trabalho muito deficiente e incompleto, como não podia deixar de ser, attendendo á minha falta de recursos de toda a natureza, e á vastidão do assumpto.

Além d'isso, tratando-se d'uma lesão, cuja cura apparente, em geral, se obtem mediante o descanso e um simples penso compressivo, é sobretudo nos resultados afastados que deve basear-se a preferencia do tratamento cirurgico, e as minhas observações, um tanto recentes e de nu-

mero muito limitado, não me permitem ainda tirar conclusões seguras.

Creio, porém, que ellas alguma coisa provam em favor do tratamento n'ellas seguido, e que já tão firmados têm os seus creditos nos paizes que primeiro o adoptaram.

## Definição e divisão geral das úlceras

D'uma maneira geral dá-se o nome de úlcera a toda a pêrda de substancia dos tegumentos que tem pouca ou nenhuma tendencia para a cicatrização.

A antiga divisão das úlceras em *callosas*, *fungosas*, *varicosas*, etc., foi nitidamente separada por Rigaud em duas classes: *especificas* e *idiopathicas*.

As primeiras, que resultam da syphilis, da tuberculose, etc., não nos occupam.

Quanto ás úlceras idiopathicas, ainda se subdividem em *simples* e *varicosas*.

O grupo das úlceras simples comprehende todas aquellas que não forem diathesicas nem symptomaticas.

Das úlceras varicosas têm sido dadas diversas definições.

Para o professor Terrier, *ulcera varicosa* é aquella que resulta da presença de varizes.

Comprehende-se que o grupo das úlceras simples não seja bem limitado, e que muitas vezes n'elle se incluam úlceras que pertençam a qualquer das outras especies.

## Etiologia e Pathogenia

Todos os auctores hoje admittem que a ulcera é consecutiva ás varizes, e a antiga theoria, em que homens eminentes, entre os quaes se conta E. Home, sustentavam poder ella preceder as alterações venosas e ser a sua causa, foi justamente posta de parte.

Não acontece, porém, o mesmo quando pretendem explicar o modo da sua formação e, apesar de muito se ter escripto sobre o assumpto, o problema não foi ainda resolvido.

Michel Schreider attribue um papel preponderante ao *edema* que precede a ulcera, e fundamenta esta maneira de vêr no facto de, em geral, mediar, desde o apparecimento das varizes até á formação da ulcera, um largo espaço de tempo, em que sempre apparece o edema.

Em 18 observações por elle apontadas, ha apenas tres, em que o intervallo que separa as varizes e a ulcera é cerca de um anno, mas em todas as restantes elle oscilla entre 9 e 44 annos.

D'aqui conclue que, além de mediar um espaço de tempo bastante longo desde o apparecimento das varizes até á for-

mação da ulcera, esta tem por causa directa, não as varizes, mas sim o edema por ellas provocado, actuando por sclerose a que conduz os tecidos da perna, e diminuindo-lhe profundamente a sua vitalidade.

Nelaton, Schwartz, Jeanselme e outros auctores affirmam que as varizes das pequenas veias e dos capillares são as que mais frequentemente dão origem a manifestações cutaneas rebeldes e dolorosas.

E segundo affirma Jeanselme, a maior gravidade d'estas varizes, factó em apparencia contradictorio, deve attribuir-se ao edema, sem que d'isso se possa dar uma explicação satisfactoria.

Com effeito, as grandes dilatações varicosas só tardamente se fazem acompanhar do edema; tambem as ulcerações n'ellas se encontram mais raras vezes.

Uma outra causa, que tambem parece ter um papel importante na formação da ulcera, é o **atheroma**.

Cornil e Ranvier consideram as lesões anatomicas das veias analogas, se não identicas, ás lesões atheromatosas.

Schreider, examinando cuidadosamente o systema arterial dos seus doentes varicosos, para o que se servia de traçados sphygmographicos e da auscultação do coração, pôde constatar que todos elles, não obstante as idades serem diversas, eram attingidos pelo atheroma.

Quenu procurou cinco vezes a endarterite na autopsia, e notou que em quatro dos seus autopsiados havia infiltração calcarea das paredes arteriaes, e algumas vezes thrombose dos ramos mais volumosos.

Jeanselme faz notar a coincidencia, bastante frequente, entre a ulcera e a hemorragia cerebral, como tambem nos attestam as theses de Pallenc, Picard e André.

Ha ainda um terceiro factor, ao qual tambem se attribue um papel preponderante n'esta pathogenia, querendo mesmo alguns auctores que elle seja a causa directa da ulcera, sendo por outros considerado apenas como causa adjuvante. Refiro-me ao *systema nervoso*.

Quenu, que foi quem mais importancia deu a este factor, considera-o a causa directa da ulcera.

Para elle as varizes dão origem a uma nevrite, que se estende a todo o sciatico, e da qual a ulcera é uma conse-

quencia, como lesão septic, sustentada por perturbações trophicas.

Porém, o professor Remy, juntamente com Broca, affirmam que esta alteração nervosa não é mais do que uma perturbação circulatoria, e que não differe das lesões de todos os outros órgãos na doença varicosa.

Este auctor procedeu a investigações em peças frescas resultando d'operações, e nunca encontrou lesões dos nervos da pelle, embora as lesões d'ectasia venosa e capillar, que existiam na ulcera, fossem extremamente desenvolvidas. Tambem para elles, estas alterações nervosas só se encontram em individuos profundamente attingidos, as quaes vêem complicar a acção mecanica, e nunca são a primeira e unica causa da ulcera.

Schreider, referindo-se a este factor, diz: «A alteração vascular é primitiva. Ella produz e provoca nos tecidos da perna um processo scleroso, que n'um certo momento attinge os troncos nervosos; as lesões dos nervos, uma vez apparecidas, aggravam as perturbações nutritivas já existentes, que em ultimo logar conduzem á ulceracão.»

M. Kirmisson e M. Terrier observaram ulceras em que as sensibilidades, tactil e thermetica, se conservam intactas. Tambem para estes dois auctores as nevrites são secundarias á ulcera.

Em 1899 Chipault publicou algumas curas d'ulceras pelo alongamento dos nervos, processo que descreverei no capitulo **Tratamento**, e que vem em favor da theoria trophica; todavia, apesar dos seus resultados já importantes, ainda é recente demais para que possa acceitar-se como verdadeira tal theoria.

Resta-me fallar, para concluir este capitulo, da theoria apresentada pelo professor Remy em 1901 no seu tratado das varizes dos membros inferiores, a *sobrecarga sanguinea retrograda*.

Esta theoria, que parece ser a que tem mais provas a favor, baseia-se nos resultados immediatos e afastados, obtidos no tratamento da ulcera pela suppressão da sobrecarga sanguinea aos seus gommos carnudos, a qual lhe traz uma cura rapida e duradoura.

Para o provar não precisamos mais do que das affirma-

ções auctorisadas de diversos operadores, de que, supprimindo as veias doentes, supprimem tambem as ulceras varicosas. E estas affirmações tanto mais provam em favor d'esta theoria, quanto é certo não se tratar de curas d'hospital, mas sim de curas de longa data. Assim, Remy falla d'uma cura que obteve por este processo e que já datava de ha onze annos. Uma outra cuja duração é um pouco menor, nove annos, conserva-se tão perfeita que o individuo pôde percorrer a pé e muitas vezes por semana 6 a 8 kilometros sem a menor perturbação. Lucas-Championière publicou, em 1888, um caso de cura que datava de ha dez annos.

Trendelenburg tambem, em 1890, publicou treze casos de cura cuja duração varia entre dois e nove annos.

Um segundo argumento que vem em auxilio d'esta theoria, depondo ao mesmo tempo contra a theoria trophica de Quenu, é o resultado obtido do lado do systema nervoso. Com effeito Remy cita um caso, em que a sensibilidade, sobretudo á picadura, era grandemente diminuida em toda a zona violacea que circumda a ulcera. Existem além d'isso formigueiros no pé correspondente, bem como insensibilidade dos malleolos. Feita a operação, que consistiu na extirpação dos principaes ramos varicosos da saphena interna, principalmente do ramo antero-inferior com o qual a ulcera tinha intimas adherencias, pouco tempo depois a tumefacção da perna, bem como os formigueiros do pé correspondente, tinham desaparecido; a sensibilidade era normal na zona violacea, e a cura completa.

Parece pois, como conclue Remy, que a ulcera é a resultante da perturbação da circulação e das transformações a que esta conduz os tecidos.

A lymphangite, o edema e o eczema podem fornecer-lhe um terreno favoravel; o atheroma é considerado pelo mesmo auctor como uma simples coincidencia, só existindo nos velhos. A acção nervosa tambem para elle é pouco importante.

Mas de que maneira actua a sobrecarga sanguinea para produzir as lesões da pelle que conduzem á ulcera?

Temos a considerar lesões d'ordem mecanica, e lesões d'ordem inflammatoria.

As primeiras consistem principalmente na dilatação dos

ramos venosos, das venulas e dos capillares que communicam com as veias e os vasa-vasorum. As venulas que communicam com a veia ectasiada dilatam-se; o sangue ahi reflue sem difficuldade, visto que as valvulas não existem em taes vasos, e o refluxo sanguineo propaga-se aos capillares; estes, minando os tecidos, formam verdadeiras cavidades que fazem semelhar a pelle e o tecido subcutaneo a uma esponja, ao que Briquet deu o nome de tecido cavernoso.

Frequentemente produz-se nas partes mais molles da pelle o edema que, juntamente com a dilatação vascular, dá logar á tumefacção e á colorisação violacea do membro. As papillas, augmentadas de volume, dão á pelle um aspecto verrugoso. Os elementos epitheliaes assim modificados soffrem um certo grau d'alteração. As cellulas das glandulas sudoriparas estão cheias de granulações; o seu conducto apresenta cylindros hyalinos, o que corresponde a uma perturbação na abundancia e na composição da secreção sudoripara; a epiderme descama-se facilmente. Juntamente com as alterações acima expostas, póde apparecer a inflammação pericapillar.

N'este caso vêm-se as cellulas redondas formando bainhas completas ou agrupamentos de pequenos nodulos em volta dos capillares.

As perturbações cutaneas tornam-se então muito mais importantes, produzindo-se uma verdadeira dermite que começa pelo eczema nos individuos predispostos, mas termina em todos os casos na sclerose, no endurecimento do tecido dermico e na adherencia de todos os órgãos inclusos ou contiguos. E' então que a pelle do terço inferior da perna que é o logar d'alteração maxima toma a consistencia lardacea. Esta pelle dura, violacea, tensa e muitas vezes ulcerada pelo eczema, está prestes a dar origem á ulcera varicosa sob a acção da mais leve causa occasional.

Quando a veia varicosa está muito proxima da pelle não se observam as lesões precedentes; porém, as que n'este caso apparecem não são menos para temer; dá-se o adelgaçamento da pelle cuja derme se atrophia, a resistencia desaparece e a ruptura das varizes é possivel.

## Anatomia pathologica

**Relação entre a ulcera e a veia varicosa.**— Um facto d'alta importancia na anatomia pathologica da ulcera varicosa, e de cujo conhecimento depende o bom exito do seu tratamento cirurgico pela extirpação da veia doente, é sem duvida a relação que entre aquella e a veia existe, sendo ao professor Remy que cabe a honra da descoberta.

Foi com effeito este illustre sabio o primeiro que nos affirmou repousar toda a ulcera varicosa n'uma veia tambem varicosa que adhere á pelle.

E' a saphena interna a veia do membro inferior que mais vezes é attingida pelas varizes e isso nos dá a razão da maior frequencia da ulcera na face antero-interna da perna, ao nivel do seu terço inferior, onde existem os ramos que dão origem a este vaso. Embora menos frequente a ulcera tambem pôde existir na face externa da perna, estando n'este caso em relação com a saphena que ahi caminha.

Pôde ainda apparecer ao nivel da barriga da perna e na região retro-malleolar, adherindo n'estes dois casos ás communicantes das veias profundas que fazem hernia por um orificio aponevrotico. E' a esta região, comprehendida entre

o calcanhar e a saliencia da barriga da perna, que o professor Remy dá o nome de *zona das ulceras varicosas* e cujo conhecimento tem uma alta importancia para o seu diagnostico. Em razão d'estas adherencias, que nunca faltam, pôde e deve designar-se a ulcera varicosa pelo nome da veia a que adhere; e assim teremos: *ulceras da saphena interna, ulceras da saphena externa e ulceras das communicantes.*

A adherencia da veia á pelle, em geral antiga e anterior á ulcera, é uma consequencia do endurecimento fibroso dos tecidos perivenosos. N'estas condições comprehende-se a impossibilidade de sentir o vaso doente á palpação, e a sua pesquisa no meio d'esse tecido fibroso seria, se não impossivel, pelo menos muito laboriosa.

Para vencer esta difficuldade é preciso descobrir o vaso fóra dos tecidos assim endurecidos, seguindo-o depois até por debaixo da ulcera. Ahi o vaso é cercado por tecido fibroso puro a que adhere, ficando aberto ao córte, e a sua dissecação torna-se difficil. Comprehende-se, depois do que fica exposto, quão trabalhosa deve ser a pesquisa da veia doente quando esta é perpendicular á pelle, como acontece com as ulceras das communicantes.

**Frequencia.** — As ulceras varicosas são mais frequentes nos homens do que nas mulheres. Com relação á idade, é desde os 40 aos 50 annos que ellas mais vezes apparecem. Na infancia são muito raras.

A posição da perna esquerda, collocada em geral mais adiante que a direita na classe obreira, dá-nos a razão d'aquella ser mais frequentemente attingida.

**Séde.** — Pouco tenho a accrescentar ao que fica exposto no principio d'este capitulo. Direi apenas que a ulcera varicosa não existe fóra da *zona das ulceras.*

A coxa, a parte superior da perna e o pé são attingidas rarissimas vezes.

**Fórma e extensão das ulceras.** — A ulcera varicosa primitiva não attinge grandes dimensões.

De fórma arredondada ou oval, de bordo um tanto sinuoso, o seu fundo é pouco escavado e igual.

As úlceras provenientes de diversas recidivas apresentam em geral grandes dimensões. Os seus bordos, mais ou menos recortados, parecem resultar da reunião de muitas úlceras e continuam-se com uma zona de dermite muito extensa. Acontece algumas vezes que estas úlceras, partindo d'uma das faces do membro, cruzam a crista da tibia e dão em torno da perna uma volta completa ou approximadamente completa, formando n'este ultimo caso a ulcera annular, a que adiante me referirei.

**Úlceras tratadas.**—As úlceras apresentam um aspecto muito differente segundo são ou não tratadas.

No primeiro caso a ulcera é menos profunda, os bordos continuam-se com a pelle sem grande differença de nivel e a zona que circumda a ulcera não apresenta grande reacção inflammatoria.

Os gommos carnudos que constituem o fundo da ulcera têm boa apparencia.

Roseos ou cyanosados, segundo o membro é ou não mantido em descanso, esta mudança de côr é um signal importante da ectasia varicosa dos vasos. Sangram facilmente e podem dar origem a hemorragias capillares importantes.

**Úlceras não tratadas.**—N'estas úlceras, que constituem um verdadeiro fóco de cultura de microbios, a dermite varicosa augmenta d'uma maneira notavel, chegando mesmo em alguns casos a occupar os dois terços da altura da perna.

O seu bordo é talhado a pique e pôde attingir de 5 a 10 millimetros d'altura, sendo estes espessamentos que lhe fazem dar o nome de *ulcera callosa*.

O fundo da ulcera é liso.

Os gommos carnudos, esphacelados quasi por completo, têm desaparecido e os poucos que ainda restam apresentam uma côr cinzenta em virtude da infiltração do pus (*úlceras atonicas*). Estes membros deformados pela dermite, roídos pela ulcera, exhalando muitas vezes um cheiro fétido, tornam-se verdadeiramente repellentes. Succede mesmo algumas vezes que n'este meio de substancias putre-

factas se desenvolvem vermes, dando-se-lhes n'este caso o nome de *ulceras verminosas*.

**Perturbações circulatorias.**—Em consequencia da estase venosa a pelle, em volta da ulcera, apresenta-se de côr violacea.

A circulação ahi fica muito compromettida, como prova a lentidão com que desaparece a mancha branca produzida no meio da dermite pela polpa do dedo. E' a estas perturbações de circulação sanguinea que devem attribuir-se as variações de temperatura do membro, que umas vezes excede, outras vezes é inferior á do membro são.

**Perturbações nervosas.**— Podem existir dôres espontaneas como nas varizes simples mas, na maior parte dos casos, ha apenas alterações de sensibilidade que é preciso pesquisar para constatarmos a sua existencia.

Terrier e Sejournet, a quem o estudo d'este assumpto mereceu grande attenção, affirmam que das tres sensibilidades — tactil, á dôr e thermica — a primeira é sempre a menos compromettida, seguindo-se depois a sensibilidade á dôr, na qual as perturbações já são mais intensas, sendo finalmente a sensibilidade thermica aquella em que as alterações são mais importantes. Auxilhon, para quem a ulcera está na dependencia directa do systema nervoso, admite um periodo inflammatorio em que a sensibilidade á dôr e thermica estão acima do normal, e um periodo atonico em que o contrario tem logar.

Muitas vezes observa-se um enfraquecimento da receptividade nervosa. O tacto é percebido com um certo retardamento ou mesmo com erro do logar tocado.

Algumas vezes a dôr não existe á picadura, sendo porém muito intensa a uma pressão mais ou menos forte.

A sensibilidade á temperatura é retardada para os corpos frios, os quaes desenvolvem uma sensação de calor. Convem dizer desde já que estas perturbações de sensibilidade não se notam nas ulceras recentes.

**Cicatriz.**—Não tem nada de especial nas ulceras varicosas o modo da sua formação. Depois de completamente

formada apresenta caracteres muito diversos dos da pelle sã. E' menos espessa e de nivel inferior. Não tem pêllos, glandulas nem saliencias papillares. porque todos os elementos epitheliaes foram destruidos. E' tambem muito mais fragil.

Variedades clinicas das ulceras segundo as suas adherencias venosas. — O bom exito do tratamento cirurgico depende, como já disse, do perfeito conhecimento da veia doente que conserva pela sua dilatação propria e dos vasos emissarios a estase venosa nos gommos carnudos da ulcera.

Vê-se pois, mais uma vez, quão importante é a classificação de Remy, dando á ulcera o nome da veia com que está em relação.

Ulcera da saphena interna. — Como já foi dito, esta ulcera é a mais frequente, tendo a sua séde na face antero-interna da perna dentro da zona das ulceras. Habitualmente não adhere ao tronco da saphena mas sim a um dos seus ramos.

Os mais attingidos pela doença varicosa são: o anterior e médio e o antero-inferior; vem em seguida a anastomose que inferiormente une entre si as duas saphenas e por ultimo a communicante, que da saphena, logo abaixo da barrega da perna, se vae lançar na tibial posterior.

Ulcera da saphena externa. — Esta ulcera, muito mais rara que a precedente, tem a sua séde postero-externa e adhere habitualmente a um ramo horisontal ou obliquo.

Schwartz e Quenu publicaram dois casos d'ulcera que pretenderam ter curado pela laqueação da saphena interna, mas que subsistiu, como não podia deixar de ser.

Remy, tendo tambem feito sem resultado a laqueação da saphena interna n'um caso d'ulcera d'aquella região, obteve em seguida a sua cura completa pela laqueação da saphena externa, e demonstrou assim evidentemente que era este vaso que conservava a estase venosa na referida ulcera.

Ulceras das communicantes. — E' facil confundir estas ulceras com as da saphena interna, o que é uma causa d'insuccesso para o seu tratamento cirurgico. Aquella, cujo diagnostico se torna mais importante, é a que apparece atraz do malleolo interno. Ahi existem duas ou tres communicantes que, partindo da anastomose que une entre si as duas saphenas, se vão lançar nos troncos venosos das tibias posteriores, anastomosadas tambem entre si e com as peroniaes. Vê-se, em virtude d'esta disposição, que todos os troncos venosos, superficiaes e profundos, convergem para aquellas communicantes. E' por isso e porque estas communicantes são curtas, em geral multiplas e impossiveis de dissecar, que a ulcera d'estas veias é, apesar de pequena, d'uma alta gravidade, sendo mesmo um signal seguro d'invasão adiantada de todos os troncos venosos pela flebectasia.

Algumas vezes podem existir n'um mesmo individuo todas estas especies d'ulcera, apparecendo habitualmente primeiro a interna, vindo em seguida a externa e por ultimo a retro-malleolar interna. Estas tres ulceras reunindo-se entre si constituem a chamada *ulcera annullar*.

N'esta ulcera que se não pôde designar pelo nome de veia attingida, pois que todas o são, as tentativas cirurgicas são inuteis, em vista do estado de cachexia varicosa em que o membro se encontra. Quando não seja tratada, as lesões dos orgãos internos, consecutivas a uma longa suppuração, podem conduzir á morte. No caso de ser cuidadosamente tratada pôde, ainda que raras vezes, cicatrizar por completo, formando então um anel cicatricial que muitas vezes acarreta graves perturbações á parte do membro que lhe fica subjacente.

## Diagnostico

E' de extrema importancia para o diagnostico a região do membro em que a ulcera tem a sua séde, pois que, como já disse, se existe fóra da *zona das ulceras*, não póde ser de natureza varicosa, salvo extraordinarias excepções. Outro tanto não succede com a face da perna em que ella existe, e embora esta especie de ulceras seja muito mais frequente na face interna, nem por isso podemos excluir a sua natureza varicosa quando apparecer na face opposta.

Para Quenu o unico signal de certeza d'uma ulcera varicosa é a existencia apparente de varizes que para ella se dirijam.

A fórma da ulcera não póde garantir-nos a sua natureza varicosa.

Embora seja em geral arredondada, muitas se tem visto limitadas por contornos os mais variados, podendo mesmo tornar-se sinuosas.

E' em taes casos de diagnostico duvidoso que as perturbações circulatorias de retorno devem ser exploradas com cuidado. Estas perturbações manifestam-se sempre, mesmo nos casos de varizes profundas, pela cõr cyanosada que

toma toda a parte doente, sendo porém nos gommos carnu-dos que ella se faz notar com mais nitidez. A ulcera varicosa a principio pôde ser multipla, mas mais tarde todas habitualmente se fundem n'uma e, d'uma maneira geral, pôde dizer-se que ella é unica e de grandes dimensões. E' tambem em favor da natureza varicosa d'uma ulcera a sua longa duração com recidivas frequentes.

O membro inferior é frequentemente attingido por ulcerações syphiliticas, especialmente pelo gommo. Tambem aqui mencionarei os seus symptommas mais salientes para que entre as duas se possa fazer o diagnostico differencial.

A ulcera gommosa tem uma fórma mais regularmente arredondada, chegando mesmo muitas vezes a ser nitidamente orbicular. E' profundamente escavada e não é raro encontrar-se a sua profundidade igual á sua largura. O fundo da ulcera varicosa, muito variavel d'aspecto, nunca se apresenta coberto de crostas, como succede em algumas ulceras de natureza syphilitica. O fundo da gomma syphilitica apresenta uma massa cremosa, amarella ou amarello esverdeado, o que não se nota na ulcera varicosa. Só nas ulceras syphiliticas, e muito especialmente nas gommas, os bordos se apresentam como que talhados a bisturi e verticaes. Adherem ao tecido são e isso os distingue dos bordos das ulceras escrofulosas que fluctuam por cima das ulceras.

A periphèria da ulcera gommosa é cercada d'uma auréola de côr vinosa, de um a dois centimetros de largura, mas nunca dá origem ás dermites espessas e extensas que se encontram na ulcera varicosa. O fundo apresenta vestigios evidentes do carnicão que tão caracteristico é na gomma syphilitica.

São estes os symptommas mais importantes da ulcera gommosa e que em geral bastam para a distinguir da ulcera varicosa.

Porém nem sempre assim succede e casos ha em que o diagnostico é impossivel, restando-nos então, como ultimo recurso, o tratamento especifico para decidir da sua natureza.

Mas se o diagnostico differencial entre a ulcera exclusivamente syphilitica e a ulcera varicosa nem sempre é facil, torna-se quasi sempre impossivel quando as duas se combinam e se influem simultanea ou successivamente.

No primeiro caso fórma-se a ulcera *hybrida syphilitico-varicosa* de Verneuil, a que Fournier dá o nome de *syphilo-varicosa* ou *bastarda*.

No segundo caso, ou se formam ulceras hybridas que começam n'um syphilitico por uma gomme e terminam na ulcera varicosa, que nunca anteriormente tinha existido, ou então um individuo que adquiriu a syphilis, já depois de n'elle existir a ulcera varicosa, vê esta terminar por uma manifestação ulcerativa especifica.

São estes outros tantos casos em que o tratamento especifico, só ou acompanhado do tratamento varicoso, tem um alto valor diagnostico.

A ulcera varicosa póde transformar-se n'um epithelioma que se caracteriza pelo espessamento e reviramento dos seus bordos e sobretudo pela invasão dos ganglios da virilha que se tornam duros e lenhosos.

Tambem é muito frequente encontrar-se a ulcera simples consecutiva a uma ferida qualquer, tendo sido completamente desprezada. Não é de tão longa duração como a ulcera varicosa e, depois de convenientemente desinfectada, cura promptamente sem recidiva.

**Evolução.**—A cura das ulceras varicosas, quando convenientemente pensadas, dá-se em geral, mas logo que cessem esses cuidados e o doente retome as suas occupações, os accidentes varicosos reaparecem e a recidiva é a regra.

A duração da ulcera varicosa é muito variavel, podendo ir desde muitos mezes a muitos annos.

Não é raro encontrarem-se varicosos portadores d'ulceras cujo apparecimento date de 10, 15 e talvez mais annos.

N'uma das minhas observações o doente affirma que a sua ulcera durava ha 20 annos quando foi operado agora.

Embora a sua terminação seja muito raramente fatal e o seu prognostico em geral benigno, excepto no caso de se complicar de erysipela ou de gangrena, póde iever á morte pela cachexia e por lesões d'orgãos internos a que conduzem as contínuas pèrdas de sangue e as longas suppurações.

# Tratamento

## Tratamento cirurgico

D'entre os diversos processos de tratamento cirurgico que têm sido propostos para a cura da ulcera varicosa salienta-se pelos seus bellos resultados o que tem por fim supprimir a sobrecarga sanguinea aos gommos carnudos da ulcera.

E' tambem este o processo que descreverei com maior desenvolvimento, fazendo-o preceder, para a sua perfeita comprehensão, do tratamento cirurgico das varizes dos membros inferiores em que aquelle tratamento exclusivamente se baseia.

Não deixarei de me referir tambem a um segundo processo de tratamento cirurgico que, apesar de não ter os seus creditos tão firmados por ser ainda recente, tem comtudo produzido esplendidos resultados.

Refiro-me ao tratamento da ulcera pelo alongamento dos nervos que se distribuem na pelle da região em que ella tem a sua séde.

Aos outros methodos de tratamento não me refiro, não

só porque os considero de importancia secundaria, mas tambem porque sendo em extremo conhecidos, eu julgo superflua a sua descripção.

### Tratamento cirurgico das varizes do membro inferior

RESUMO HISTORICO.— As operações sobre as veias, que antes da antisepsia eram quasi sempre fataes, foram depois d'aquella data consideradas intervenções benignas e o seu numero augmentou extraordinariamente.

Desde 1877 a 1890, diversos operadores, entre elles Championnière e Trendelenburg, praticaram com bom resultado estas intervenções, mas o receio ainda existia entre muitos operadores e na França, excepto Championnière, todos os cirurgiões lhes eram hostis. Assim Quenu, em 1890, diz que estas intervenções ainda não têm provas sufficientes de bom exito e no mesmo anno, Ricard, a proposito da cura das varizes pelas laqueações, annunciada por Montaz, considera a cura radical apenas provavel e aconselha operar em casos pouco numerosos.

Em 1891 Cerné, com o fim de curar uma ulcera varicosa, extirpou um feixe de veias varicosas situado atraz do condylo interno, juntamente com uma veia flexuosa que se mostrava na parte posterior da placa ulcerada. Este doente curou em tres semanas e, tendo sido visto tres mezes depois, a cicatriz era perfeita e as varizes não existiam.

Quenu, Reynier e Schwartz, que antes lhes tinham sido hostis, mostram-se agora partidarios d'estas intervenções. Reynier diz ter visto um dos seus operados tres annos depois da intervenção e que o seu estado era excellente.

Schwartz informa ter feito a um dos seus operados quatro laqueações da saphena seguidas de resecção, e que as melhoras das varizes e a cicatrização da ulcera persistem.

Quenu expõe no mesmo anno, no Congresso de Cirurgia, os resultados excellentes da extirpação das varizes do nervo sciatico para a cura das nevralgias do mesmo nervo.

Em 1894, Tillaux pronuncia-se tambem a favor d'estas

intervenções e desde então ellas são aceites em toda a França.

Trendelenburg na Allemanha, Kennett na Inglaterra, Lastosa na Italia, Schwartz, Reynier, Crosmaire e Remy em França, contribuíram poderosamente para a sua vulgarisação.

Este ultimo auctor, em 1898, no Congresso francez de cirurgia, exprimia-se da seguinte fórma :

«Quando se pense que alguns centímetros de veias extirpadas e laqueadas podem parar um mal progressivo, parece-me que se não deve hesitar. E' por centenas que conto os meus operados; por centenas que os conta o meu amigo Schwartz. Milhares d'operações se têm feito com bom resultado; é preciso, pois, que este tratamento se propague.»

### Processos recommendados

São dois os processos cirurgicos recommendados por Remy para a cura das varizes do membro inferior.

1.º Extirpação ou resecção entre laqueações das veias doentes em toda a sua extensão.

2.º Resecção da saphena acima do joelho ou valvula artificial.

#### Primeiro processo

A incisão principal é muito variavel na sua extensão e direcção, segundo os vasos que tem de descobrir. Muitas vezes d'esta parte outras secundarias, obliquas, sinuosas, em zigue-zague, para a pesquisa de multiplos feixes varicosos, evitando sempre, tanto quanto possivel, os descollamentos.

O tempo mais importante da operação consiste na laqueação de todos os vasos qualquer que seja o seu calibre, para que a ferida seja exangue, o que tem uma grande utilidade pelas seguintes razões:

1.º Para evitar a pêrda de sangue.

2.º Para não haver derrames consecutivos que retardam a cicatrização e podem conduzir á suppuração.

3.º Para evitar a infecção das veias durante ou ainda depois da operação.

Na dissecação da veia, esta deve ser agarrada com os dedos e não com as pinças que mais facilmente produzem a sua ruptura e, se alguma apparecer, deve a veia ser immediatamente pinçada para evitar assim tanto quanto possível a perda de sangue.

Os ramos collateraes que pareçam doentes devem ser dissecados até á parte sã, collocando uma pinça em cada vaso que assim se perde na pelle.

A laqueação d'estes pequenos vasos nada tem de particular mas, quando se trate dos grossos troncos que se dirigem para a virilha, a sua laqueação deve ser feita com cuidados especiaes.

Agarrando a veia que se quer laquear faz-se n'ella uma tracção tão forte quanto possível, ao mesmo tempo que se faz retrahir a pelle de maneira a fazer a laqueação o mais alto que se possa.

Cortada a veia, a parte laqueada retrae-se profundamente, ficando afastada da ferida e torna-se d'esta maneira subcutanea.

Por esta simples technica se vê que o vaso fica mais ao abrigo dos germens que, por meio dos pensos ou qualquer outro processo, com elle se podiam pôr em contacto.

#### DIFFICULDADES OPERATORIAS:

*Hemorrhagias.* — Succede algumas vezes, quando as veias varicosas são acompanhadas de varizes das venulas e dos capillares, que a incisão seja seguida de hemorrhagias abundantes e nas quaes as pinças são inuteis. Basta, para produzir a hemostase em taes casos, exercer, com os afastadores de garras, fortes tracções sobre os labios da incisão.

#### NATUREZA DAS VEIAS:

Ao lado das veias resistentes cuja dissecação não apresenta grandes difficuldades, existem outras que são friaveis e sem resistencia, sendo então preciso multiplicar o numero das pinças e dissecar com extremo cuidado.

Não havendo ulcera, ou se ella está longe, a separação das adherencias é possível mesmo com veias em más con-

dições mas, na espessura das dermites e na vizinhança da ulcera, a veia é totalmente adherente e a sua dissecação extremamente difficil. N'estes casos, em que muitas vezes a veia é ferida, o sangue corre abundantemente, a pinça não morde no tecido endurecido e a hemostase não se faz. O melhor meio então de a obter consiste em fazer incisões no sentido do vaso aberto, formando assim retalhos nos quaes as pinças se possam fixar.

Finalmente temos a *contração venosa*, tão intensa sob a acção dos instrumentos e dos antisepticos, que uma saphena póde passar da grossura d'um pollegar á d'uma penna de pavão. O repouso prolongado no leito antes da operação, assim como o frio no momento em que se intervem, podem produzir o mesmo resultado, sendo conveniente marcar d'antemão o trajecto dos feixes varicosos.

VANTAGENS D'ESTE PROCESSO. — A extirpação tem a vantagem de permittir vêr o que se faz.

Extráe com as veias doentes empollas varicosas que actuam por compressão e podem gosar o papel de corpos estranhos.

Faz desaparecer a veia que alimentava os capillares propagadores da periphlebite e da sclerose e finalmente supprime as communicantes doentes interrompendo o refluxo do sangue para a periphéria.

### Segundo processo

A este processo que consiste em fazer acima do joelho uma ou mais resecções, entre laqueação, do tronco da saphena interna, dá-se o nome de operação de Trendelenburg. O numero e sêde das resecções varia segundo os auctores, concordando todos em extrair uma grande parte da veia.

Schwartz aconselha fazer tres resecções, sendo a primeira logo abaixo do ponto em que a saphena se lança na veia femural, a segunda no meio da côxa e a terceira logo abaixo da tuberosidade interna da tibia.

Embora facil, esta operação torna-se um tanto laboriosa quando o doente tiver muito tecido adiposo e ainda quando

ha anomalias de divisão do tronco da saphena, podendo n'esse caso fazer-se a resecção n'uma só das divisões, suprimindo apenas uma parte da sobrecarga sanguinea.

Esta resecção parcial acima do joelho tem por fim immediato crear uma valvula artificial que, oppondo-se á passagem do sangue, diminue a pressão nos vasos varicosos e colloca-os em condições favoraveis para as suas lesões retrocederem.

Esta operação, porém, não produz a anemia dos capilares sclerosados nem elimina as placas d'endophlebite e finalmente o doente está sujeito a uma phlebite progressiva por coagulação do sangue nas varizes.

E' porém recommendavel este processo pela sua facilidade, por ser de curta duração e não exigir uma anesthesia profunda, mas é incompleto e só deve ser empregado como methodo palliativo quando o primeiro não poder ser posto em pratica.

### Resumo historico d'estes dois processos

Não são novos estes dois processos e a extirpação já foi descripta por Celse, com a differença, porém, de que a hemostase era feita a ferro rubro.

Galien já recommendava laquear os vasos antes de os excisar. A valvula artificial remonta a Paul d'Egine, medico grego que viveu no seculo VII e que descreveu a maneira de dissecar, laquear e reseccar as veias varicosas, n'um logar d'eleição acima do joelho.

Frabrice d'Aquapendente, medico italiano que viveu na segunda metade do seculo XVI e que foi uma das glorias da escola italiana, chamando a attenção para as grandes perdas de sangue a que dá logar a extirpação, deu preferencia á valvula artificial.

Mas este methodo que, além d'Aquapendente, foi praticado por muitos outros operadores distinctos, como Ambroise Paré e Everard Home, conservou-se muito imperfeito até 1890, época em que Trendelenburg lhe deu o aperfeiçoamento que hoje tem, o que fez com que muito justamente se lhe ligasse o seu nome.

## Processos cirurgicos pouco empregados

A maior parte dos operadores contentam-se com um dos methodos já citados, mas Schwartz, mais radical ainda, faz a oblação de grandes retalhos fusiformes em cuja espessura estejam comprehendidas as varizes e na sua largura a ulcera.

Um outro processo, tambem pouco usado, consiste em fazer laqueações multiplas. Apesar de muito imperfeito pôde convir n'um caso de doente pusillanime ou quando, por qualquer outra razão, os methodos anteriormente descriptos não possam ser postos em pratica.

### Indicações operatorias

Antigamente as indicações operatorias das varizes eram raras, parecendo que foi a ulcera a primeira, pois já no tempo d'Hippocrate como tal era considerada.

Mais tarde, A. Paré propôz a intervenção nos casos em que uma veia muito dilatada ameaçasse romper-se.

Mas foi só depois de 1895 que o numero das indicações augmentou largamente e, segundo a opinião auctorizada do professor Remy, o cirurgião deve discutir a oportunidade da operação desde que se note a presença de varizes, nunca esperando que ellas se tornem complicadas para então intervir já obrigado.

### Indicações especiaes a cada variedade de varizes

1.<sup>a</sup> *Varizes localisadas ou feixes varicosos.* — N'estes casos em que a lesão é bem circumscripta, é a extirpação total que deve ser applicada. A cura é duradoura. Aqui a valvula artificial não teria utilidade alguma, pois que o tronco da saphena não é attingido. São sobretudo as communicantes que é util supprimir para evitar o refluxo do sangue dos musculos para a periphéria.

2.<sup>a</sup> *Varizes de refluxo cardiaco.* — N'esta especie de varizes que se estendem desde a perna á auricula direita, a extirpação total é impossivel. Em taes casos, o primeiro cuidado do operador deve ser crear valvulas artificiaes na côxa, para que, obstando ao refluxo sanguineo, se ponha ao abrigo de perigos immediatos. Depois d'este primeiro tempo da operação póde, sem receio de accidentes fataes, fazer-se qualquer operação complementar. Se as varizes forem pouco desenvolvidas, a valvula artificial é sufficiente.

3.<sup>a</sup> *Cyanose varicosa.* — N'esta fórma de lesões generalisadas em que a ectasia se estende rapidamente a todos os capillares, a extirpação não dá bons resultados, sendo as recidivas frequentes. Tambem n'estes casos a intervenção deve limitar-se a crear a valvula artificial quando o refluxo cardiaco poder ser constatado.

4.<sup>a</sup> *Varizes de Verneuil.* — Com as varizes intramusculares de Verneuil toda a tentativa cirurgica é impossivel.

5.<sup>a</sup> *Varizes profundas ou das communicantes.* — Apesar das veias tibiaes e peroniaes serem facilmente extirpaveis, não é a ellas que a intervenção se deve dirigir. Trendelenburg demonstrou que são sobretudo as veias superficiaes que produzem os accidentes cutaneos. Tambem o professor Remy se contenta em destruir os feixes varicosos que fazem communicar entre si as tibiaes e a saphena interna, logo por baixo da barriga da perna e que fazem saliencia por orificios aponevroticos.

6.<sup>a</sup> *Sciatica varicosa.* — Quenu demonstrou que em muitos casos de nevralgia sciatica, se devem extirpar as varizes que se desenvolvem em volta do mesmo nervo.

7.<sup>a</sup> *Varizes da gravidez.* — Nas varizes das mulheres gravidas a causa da dilatação é um phenomeno nervoso vaso-motor. Tambem em taes casos nada ha a fazer antes da vacuidade uterina, a que muitas vezes se segue a cura das varizes.

## Tratamento da ulcera varicosa pela suppressão da sobre carga sanguinea

Desde os tempos mais antigos da medicina que o accôrdo existia em applicar um tratamento cirurgico á ulcera varicosa e com tal fim numerosas tentativas se fizeram.

Hippocrate procurava desengorgitar as veias varicosas para impedir o refluxo sanguineo que tardava a cura das ulceras.

Galien e todos os auctores depois d'elle, reconheceram que para o tratamento cirurgico dar bom resultado era preciso precedê-lo do tratamento das varizes que na ulcera mantinham a estase venosa.

Estas tentativas continuaram-se até nós e foi Trendelenburg quem demonstrou por experiencias no leito do doente quanto ellas eram justas. Depois o factio anatomico descoberto pelo professor Remy, de que toda a ulcera adhere a uma veia, havendo ulceras da saphena interna, ulceras da saphena externa e ulceras das communicantes, demonstrou evidentemente que a condição indispensavel para o bom exito do tratamento é ir procurar a veia em que a ulcera repousa e extirpal-a.

Tal extirpação porém não é sempre facil e nos casos em que uma larga zona de dermite hypertrophica, com endurecimento dos tecidos, mascára as veias subjacentes, é extremamente difficil reconhecer qual a veia que se deve atacar; tambem muitas vezes o operador tem de caminhar ao acaso, baseando-se sómente na direcção dos vasos visiveis fóra da zona endurecida.

Reconhecido o vaso que é preciso extirpar, o operador deve principiar a sua dissecção a uma certa distancia da zona endurecida, de maneira que, quando d'esta se approxime, já tenha na mão um certo comprimento de veia dissecada.

O professor Remy aconselha, para a dissecção ser mais facil, guiar-se o operador por leves tracções e pela palpa-

ção, procurando o vaso na profundidade do tecido adiposo, para o que se volta um pouco o retalho cutaneo.

Se a cura da ulcera é uma indicação urgente da operação, tambem não é menos verdade que entre as complicadas varizes é esta a que póde acarretar consequencias mais funestas. Ella é um ninho de microbios, um fóco d'infeccção, collocando a ferida operatoria nas peores condições de cicatrizar.

E' preciso por isso, antes de tentar a operação, preparar-a para tal fim.

O melhor seria esperar a sua cicatrização, mas em alguns casos rebeldes isso levaria muito tempo. Basta para collocar a ulcera em boas condições de ser operada, que durante alguns dias se desinfecte rigorosamente. Em casos de duvida, podem destruir-se por thermocauterio todos os seus gommos carnudos.

O resultado da operação differe segundo a facilidade em attingir a veia sob cuja dependencia está o desenvolvimento da ulcera.

Assim as ulceras das saphenas serão facilmente curaveis pela extirpação, qualquer que seja a sua duração e tenacidade. As ulceras das communicantes, indicando varizes profundas, serão ainda facilmente curaveis por este processo, quando ellas existam junto da barriga da perna.

Porém, se a fórma varicosa é complicada de refluxo cardiaco ou de cyanose, á extirpação local é preciso accrescentar a valvula artificial.

Além d'isso, o bom resultado da intervenção será tanto mais provavel quanto menos antiga fôr a doença varicosa.

Se a doença se tem generalizado ás veias superficiaes e profundas, succede muitas vezes que em seguida á cura de uma ulcera, existindo no territorio d'uma veia, uma outra apparece n'uma região diversa, sendo preciso intervir de novo.

As ulceras retro-malleolares que habitualmente apparecem n'um periodo avançado da ectasia, são difficilmente operaveis, não só por esta razão mas tambem porque, vindo directamente da profundidade, a sua pesquisa é quasi impossivel.

Com estas ulceras o professor Remy abandona o me-

thodo habitual e substitue-o por um outro da sua propria invenção com o qual tem obtido bons resultados.

Consiste este methodo em desprender das partes profundas um retalho cutaneo em fórma de U, e no qual a ulcera esteja comprehendida. Laqueados todos os vasos dos bordos e da face profunda, este retalho, cuja irrigação se faz sufficientemente pelo seu pediculo, é de novo collocado no seu logar. Por este meio, as communicantes ficam interrompidas, e a cicatrização dá-se.

Ha comtudo limites para esta tentativa e um certo numero d'ulceras tornam-se inoperaveis.

E' o que acontece com a ulcera annular.

Quando a ulcera, em virtude de longa suppuração, produziu lesões amyloides a operação, além de inutil, pôde ser perigosa.

Em taes casos já o operador não está deante d'um varicoso cuja operação se impõe, mas sim d'um cachetico em quem se não deve tocar.

O mesmo succede com as ulceras varicosas dos individuos attingidos d'affecções renaes ou d'estados geraes graves.

Segundo Lancereaux, estas ulceras servem de logar de descarga e, quando se consegue a sua cura, produzem-se accidentes graves.

### **Tratamento da ulcera varicosa pelo alongamento dos nervos**

RESUMO HISTORICO. — Desde 1875 a 1890, que o alongamento dos nervos foi abundantemente empregado como meio de cura das nevralgias e das contracturas.

Chipault, que durante muitos annos acompanhou com notavel interesse este processo de tratamento, foi justamente impressionado pelo facto devéras singular, das lesões trophicas, de que muitas vezes era portador o membro em que se procedia ao alongamento, curarem ou pelo menos obterem sensiveis melhoras.

Procedendo então a experiencias em cobayas, elle pôde concluir que o alongamento do sciatico favorece a cicatriza-

ção das úlceras não cirurgicas, nevriticas ou quaesquer outras da pata posterior d'este animal.

Apesar de pouco numerosas e da sua pathogenia especial, pois resultavam de lesões directas sobre os nervos, estas experiencias levaram Chipault a tentar no homem o alongamento dos nervos como meio de tratamento das lesões tropicas e muito particularmente das ulcerações d'esta especie.

A primeira indicação que se apresentou ao espirito de Chipault foi o mal perforante, e a sua primeira operação, em 1894, n'uma ulcera d'esta natureza, foi coroada de bom exito.

Este processo generalizou-se e a ulcera perforante cedia com raras excepções a esta intervenção.

Foi então que Chipault, vendo no systema nervoso um elemento d'alta importancia na pathogenia da ulcera varicosa, se propôz obter a sua cura por aquelle processo.

A sua primeira operação teve logar a 17 de setembro de 1897, vendo em pouco tempo a ulcera cicatrizada.

No mesmo anno, Bardesco e Paul Delbet, apresentam cinco casos de cura d'úlceras varicosas pelo alongamento dos nervos, substituindo porém Delbet, nos seus operados, o alongamento dos nervos cutaneos pelo alongamento fasci- lar do sciatico. Um pouco mais tarde, em 1899, Fougère publica tambem na sua these tres casos de cura obtida pelo mesmo processo.

A technica d'este processo é das mais simples, e pôde dividir-se em dois tempos:

- 1.º *Alongamento do nervo.*
- 2.º *Tratamento da ulcera.*

**PRIMEIRO TEMPO.** — O alongamento do nervo deve ser feito a uma distancia média da ulcera, dirigindo-se sempre a um ou mais ramos que se distribuam á pelle da região em que ella está collocada.

Dada a séde habitual da ulcera, os nervos que soffrem o alongamento são o sapheno interno, á sua sahida do canal do terceiro adductor, ou o musculo-cutaneo, á sahida do intersticio muscular.

Ha porém casos em que, pela extensão da ulcera, este alongamento deve ser feito conjunctamente aos dois nervos.

Ainda quando a ulcera pela sua posição seja commum ao musculo-cutaneo e ao tibial posterior, ou mesmo por causa da sua extensão excessiva, prefere-se, ao alongamento do musculo-cutaneo, o do sciatico popliteo externo.

SEGUNDO TEMPO. — Este tempo da operação, que é dirigido á ulcera, consiste na sua desinfecção e curetagem, se ella é muito extensa ou muito profunda, e na sua oblação completa, se ella é de extensão e profundidade medianas.

N'este ultimo caso, depois d'uma desinfecção conveniente, delimita-se por duas incisões curvilineas um retalho em que a ulcera esteja comprehendida.

Estas incisões nunca devem ultrapassar a aponevrose, de cuja superficie o retalho deve ser rapidamente destacado na sua totalidade.

Muitas vezes torna-se necessaria uma ruginação da superficie aponevrotica. A hemostase dos bordos da ferida deve ser feita com catgut muito fino, suturando-os em seguida.

## Observações

### I

José Antonio Ferreira Netto, de 38 annos d'idade, casado, natural da Santa Marinha de Gaya, residente no logar d'Afurada da mesma freguezia, entrou para o Hospital Geral de Santo Antonio, enfermaria de clinica cirurgica, no dia 5 de fevereiro de 1906, sendo portador d'uma ulcera varicosa da perna direita.

*Antecedentes hereditarios.* — Seus paes ainda vivem.

A mãe tem varizes muito salientes nos dois membros inferiores, com edemas bastante desenvolvidos, sobretudo nas regiões malleolares. Nunca teve ulceras.

O pae tem sido saudavel.

São quatro irmãos; os outros tres, incluindo o mais novo, que tem apenas 18 annos, soffrem de varizes.

Seus tios maternos tambem eram varicosos.

Nada ha digno de menção.

*Exame local.* — Na face antero-interna da perna direita, terço inferior, existe uma ulcera de fórmula oval, do tamanho da palma da mão.

Os bordos são talhados a pique e espessos.

O fundo é pouco granuloso e apresenta-se purulento. Nos dois terços inferiores da perna existe edema resistente.

A pelle, em todo o terço inferior, é espessa e adere ás camadas profundas.

As varizes são muito desenvolvidas em todo o membro inferior.

*Historia da doença.*—Principiou a soffrer de varizes desde a idade de 15 annos.

Um dia que andava á pesca no mar bateu com a perna direita n'uma táboa do barco, do que lhe resultou uma pequena ferida que foi seguida d'hemorrhagia abundante.

Tinha então 18 annos.

Esta ferida, que nunca mais cicatrizou, sangrava abundantemente ao mais leve traumatismo.

Durante muito tempo não fez d'ella grande caso, mas ha alguns annos principiou a sentir dôres que foram augmentando a ponto de lhe ser difficil trabalhar.

Resolveu então dar entrada no hospital, ficando na enfermaria de clinica cirurgica, onde foi tratado pelo methodo de Baynton sob a direcção do Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Roberto Frias.

Dois mezes depois a ulcera estava cicatrizada e o doente pediu alta.

A cura foi porém de curta duração, e passados talvez tres mezes ella de novo appareceu sob a acção d'um ligeiro traumatismo.

D'esta vez rapidamente attingiu grandes dimensões.

As dôres foram augmentando e ultimamente já não o deixavam dormir.

Foi então que resolveu entrar pela segunda vez no hospital.

*Tratamento.*—O Ex.<sup>mo</sup> professor de clinica cirurgica, Dr. Roberto Frias, propôz ao doente uma operação que elle accitou. Então, para collocar a ulcera em boas condições de ser operada, foi principiada a tratar pelo methodo de Baynton, em virtude do qual ella diminuiu consideravelmente, sendo a operação feita no dia 18 de março por aquelle professor.

Consistiu a operação na extirpação, tão completa quanto

possível, de todas as veias dôentes, tendo-se feito previamente a valvula artificial no tronco da saphena interna ao nivel do terço medio da côxa.

A operação correu sem incidentes.

O estado do doente nos dias seguintes á operação é muito satisfactorio.

A temperatura nos cinco primeiros dias depois da operação é:

Dia 19 . . . . .		36,8
» 20 . . . . .	36,8	36,7
» 21 . . . . .	36,1	37,2
» 22 . . . . .	36,4	37
» 23 . . . . .	36,5	36,7

Em vista da sua normalidade não foi tirada mais dias.

No dia 9 de maio o doente pede alta, sahindo quasi curado; porém, a ulcera ainda não está completamente cicatrizada.

*Resultados afastados.* — No dia 28 d'outubro procurei o doente em sua casa; da melhor vontade me permittiu examinar a perna operada.

A cicatriz era perfeita e o edema tinha desaparecido; porém, ainda existem alguns feixes varicosos. Mostra-se muito satisfeito com o resultado que obteve. Desde que sahio do hospital tem continuado no seu modo de vida sem sentir o menor incommodo.

## II

José Rodrigues da Costa, 52 annos, casado, natural de Salreu, entrou para a enfermaria de clinica cirurgica do Hospital Geral de Santo Antonio no dia 20 d'abril de 1906.

Era portador de duas ulceras varicosas, uma em cada perna, o que deu motivo á sua entrada.

*Antecedentes hereditarios.* — Os paes morreram velhos; porém, a mãe tambem soffria de varizes.

Tem uma irmã tambem com uma ulcera de natureza varicosa.

A restante familia que conhece é saudavel.

*Antecedentes pessoais.* — Teve o sarampo em creança. Nada mais ha digno de menção.

*Exame local.* — As ulceras têm a sua séde no terço médio da perna e occupam toda a face antero-interna, estendendo-se ainda a uma parte das faces antero-externas e posteriores.

São bastante profundas e os seus bordos irregulares e talhados a pique.

O fundo é purulento e pouco granuloso.

Em volta das ulceras existe uma zona de dermite bastante extensa.

As varizes são muito desenvolvidas fóra da zona de dermite.

As saphenas internas apresentam, no seu trajecto flexuoso, dilatações empollares.

*Historia da doença.* — Ha 20 annos que notou pela primeira vez as veias dos membros inferiores augmentarem de volume e tornarem-se flexuosas.

Este estado foi-se aggravando, e seis annos depois tomavam principio as ulceras.

O seu apparecimento foi precedido de fortes comichões nas pernas, já então muito inchadas.

Conservaram-se durante muitos annos pouco dolorosas, mas ultimamente as dôres eram muito intensas, resolvendo por isso dar entrada no hospital.

*Tratamento.* — Durante os primeiros vinte dias o tratamento limitou-se a um penso humido antiseptico, sendo então proposto ao doente o tratamento cirurgico que elle acceita.

N'este doente, o Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Roberto Frias seguiu o mesmo processo que foi exposto anteriormente.

Como as veias n'este doente fossem muito friaveis, o que tornou a operação mais longa, e o pulso estivesse bastante fraco, não foram os dois membros operados no mesmo dia, sendo porém o processo seguido nos dois casos o mesmo. Em seguida á operação não houve nada digno de notar-se, e dois mezes depois o doente sahia curado.

*Resultados afastados.* — Em novembro o meu amigo e condiscipulo Dr. Ernesto Marques Carrão informou-me de que o doente obteve os melhores resultados.

Continuava a occupar-se em trabalhos agricolas e ape-

sar de já ter soffrido alguns traumatismos nas pernas, isso não lhe tem produzido a mais leve escoriação.

### III

Manoel Joaquim Ferreira, 42 annos, natural d'Arouca.

Motivou a sua entrada no hospital, enfermaria de clinica cirurgica, uma ulcera varicosa da perna esquerda.

Seu pae é varicoso. Uma irmã tambem soffre de varizes que foram consecutivas á primeira gravidez, desapparecendo depois do parto.

Reappareceram com a segunda gravidez, permanecendo até agora.

Soffre do rheumatismo.

Devia ter 30 annos quando começou a soffrer das varizes.

A ulcera que já dura ha sete annos foi motivada por uma quéda de que lhe resultou uma grande escoriação na perna. Tem a sua séde na face antero-interna, terço médio.

A saphena interna é muito flexuosa e apresenta dilatações empollares.

Foi operado pelo Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Roberto Frias que seguiu o mesmo processo que nos anteriores.

Um mez depois o doente sahia curado.

Não pude obter informações ácerca do doente, posteriores á sua sahida do hospital.

## Conclusões

1.<sup>a</sup> A ulcera varicosa é a resultante d'um conjuncto d'elementos pathogenicos, em que as perturbações circulatorias occupam, em geral, o primeiro logar.

2.<sup>a</sup> Quando existam, as perturbações do systema nervoso devem ser consideradas, as mais das vezes, como o segundo factor pathogenico, havendo casos em que a sua acção talvez seja a mais decisiva.

3.<sup>a</sup> Aos individuos da classe pobre e sobretudo áquelles que se empreguem em serviços que exijam grandes esforços, deve propôr-se o tratamento cirurgico, logo que se note a existencia de varizes.

4.<sup>a</sup> Toda a intervenção cirurgica sangrenta, sobre as varizes do membro inferior, deve ser invariavelmente precedida da laqueação da saphena interna, quando o seu tronco tambem seja varicoso.

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.**— A anatomia mostra-nos como no membro inferior a arthrite do joelho é a mais frequente.

**Physiologia.**— A acção vaso-motriz é indispensavel á circulação dos musculos.

**Anatomia pathologica.**— Se a falta de função atrophia o orgão, o excesso tambem o póde fazer.

**Pathologia externa.**— Os corpos estranhos do ouvido podem determinar perturbações cerebraes.

**Materia medica.**— A agua ingerida tem propriedades therapeuticas diversas, segundo a sua temperatura no momento da ingestão.

**Operações.**— Nas osteites da mão e do pé prefiro as desarticulações ás amputações.

**Hygiene.**— Os portos de mar não devem ser o receptaculo dos esgotos.

**Pathologia interna.**— Nas creanças de menos de tres annos a otite média é uma complicação muito grave das febres eruptivas.

**Partos.**— O apparecimento de varizes póde figurar entre os signaes provaveis da gravidez.

**Pathologia geral.**— A unidade anatomica não corresponde á unidade physiologica.

**Medicina legal.**— N'uma investigação medico-legal, o exame microscopico é insufficiente para o diagnostico seguro do gonococco.

---

Visto.

*Azevedo Maia,*  
Presidente.

Póde imprimir-se.

*Moraes Caldas,*  
Director.